

# Asigurare pentru intervenții chirurgicale

Termeni și condiții ale programului de asigurare



 **Metropolitan Life**

Pășim prin viață împreună

 **TRANSFER  
RAPID**

Servicii financiare folosite cu încredere de  
2 milioane de români din țară și străinătate

## Cuprins

<b>Termeni și condiții ale programului de asigurare „Asigurare pentru intervenții chirurgicale”</b>	<b>1</b>
Definiții	1
Obiectul contractului	4
Data intrării în vigoare a acoperirii individuale	4
Teritoriul acoperirii individuale	5
Acuratetea declarațiilor	5
Plata primei	5
Acordarea indemnizațiilor de asigurare	6
Modificarea acoperirii individuale	9
Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal	9
Excluderi	10
Legea aplicabilă și jurisdicția	11
Taxe, impozite și onorarii	11
Forța majoră	11
Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare	12
<b>Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri</b>	<b>12</b>

# Termeni și condiții ale programului de asigurare „Asigurare pentru intervenții chirurgicale”

Prezentele informații privind termenii și condițiile programului de asigurare „**ASIGURARE PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE**” constituie parte integrantă a Certificatului de Asigurare emis de **MetLife Europe Designated Activity Company**, o societate irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, cu sediul social în Str. Lower Hatch, nr. 20 on Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062, prin sucursala sa din România, **Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**, cu sediul social în Bd. Lascar Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/135/2016, având cod unic de identificare 35383464 pentru Asigurat Principal.

## Definiții

**POLIȚA DE ASIGURARE DE GRUP / POLIȚA DE GRUP** – reprezintă contractul încheiat între Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București (Societatea de Asigurări) și Transfer Rapid (Titularul Poliței) ce cuprinde detalii cu privire la Termenii și Condițiile programului de asigurare oferit grupului eligibil;

**GRUP ELIGIBIL** înseamnă grupul de persoane fizice, cetățeni români, ce pot beneficia de protecția prin asigurare prevăzută în prezentele condiții contractuale, constituit din **angajați CEC Bank, ce vor beneficia de serviciile Transfer Rapid**, care și-au exprimat acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezentele condiții contractuale în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare, care au vârsta maximă de 64 (șaizecșipatru) de ani la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale (pentru opțiunea Asigurare Individuală), cât și membrii Familiilor acestora, astfel cum sunt definiți în prezentele condiții contractuale (pentru opțiunea Asigurare Familială).

Este considerat membru al Grupului Eligibil și persoana care la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii Individuale prezintă Invaliditate Parțială Permanentă. Persoanele care prezintă Invaliditate Totală Permanentă nu sunt eligibile.

**ACOPERIREA INDIVIDUALĂ** înseamnă protecția (sau acoperirea) oferită Persoanelor Asigurate (membre ale Grupului Eligibil) prin asigurarea contractată, conform prevederilor prezentelor Condiții Contractuale.

**PERSOANE ASIGURATE:** Asiguratul Principal și Asigurații Subsidiari, dacă este cazul.

**ASIGURATUL PRINCIPAL** înseamnă oricare dintre membrii Grupului Eligibil ce beneficiază de Acoperire Individuală în prezentele condiții contractuale și care:

- a. Și-a exprimat prin intermediul unei cereri formulate de Asiguratul Principal către Asigurator sau către INTERALIA INSURANCE BROKER („Brokerul”) acordul de a participa la Programul de Asigurare oferit de Poliță de Grup în temeiul și în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 85/2004 cu modificările și completările ulterioare și confirmarea că a citit termenii și condițiile asigurării prin mijloacele de informare puse la dispoziție de Broker (pagina web în intranet-ul CEC Bank), optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială);
- b. Are maximum 64 (șaizecșipatru) de ani la data înscrierii în Programul de Asigurare de Grup;

**Asiguratul Principal** va primi prin e-mail, în urma cererii efectuate pentru înrolarea în asigurare, toată documentația contractuală legată de produsul de asigurare, respectiv Certificatul de Asigurare împreună cu Termenii și Condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta. Acoperirea prin asigurare se va face de la data de întâi (01) a lunii următoare celei în care a solicitat înrolarea în asigurare.

Acoperirea Individuală se poate extinde asupra membrilor familiei Asiguratului Principal, în calitate de **ASIGURAT SUBSIDIAR**, dacă:

- a. Asiguratul Principal a solicitat, fie prin email, fie prin interfața web administrată de Broker și accesibilă angajaților CEC Bank, includerea acestuia/acesteia în Programul de Asigurare, optând în acest sens pentru varianta de Asigurare Familială;

- b. prima de asigurare corespunzătoare perioadei asigurate a fost achitată de către Asiguratul Principal;
- c. Acoperirea individuală a Asiguratului Principal este în vigoare.

Sunt considerați membri ai Familiei Asiguratului Principal **soțul/soția** Asiguratului Principal, precum și **copiii** acestora, după cum urmează:

- a. soț/soție: persoana care la data producerii Riscului asigurat are calitatea de soț/soție al/a Asiguratului Principal, are minim 18 (optsprezece) ani și maximum 64 (șaizecișipatru) de ani la momentul înrolării în Programul de Asigurare;
- b. copil: persoana care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:
  1. este copil biologic al Asiguratului Principal și/sau copilul din afara căsătoriei al soțului/soției Asiguratului Principal și/sau copilul aflat sub tutelă în conformitate cu prevederile Codului Civil și/sau copilul adoptat cu efecte depline de către Asiguratul Principal;
  2. are vârsta cuprinsă la momentul înscrierii în Programul de Asigurare între cel puțin 6 (șase) luni și 17 (șaptesprezece) ani inclusiv, respectiv 21 (douăzecișunu) de ani inclusiv, în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată.

**ACOPERIREA EXTINSĂ** (pentru familie) înseamnă contractul de asigurare încheiat de către Asiguratul Principal în baza prezentelor condiții contractuale, prin care se oferă protecție (Acoperire Individuală) atât Asiguratului Principal, cât și soțului/soției acestuia și copiilor lor, spre deosebire de Asigurarea Individuală, în baza căreia protecția se acordă doar Asiguratului Principal.

**BENEFICIAR** înseamnă persoana care, în cazul producerii Riscului Asigurat, este îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare. În cazul acestui Program de Asigurare Beneficiarul este însăși Persoana Asigurată. În cazul beneficiarului minor, plata va fi efectuată în contul reprezentantului legal, în condițiile Societății de Asigurări, fiind necesară semnătura ambilor părinți ai minorului pentru plata Indemnizației de Asigurare.

În cazul decesului Persoanei Asigurate, orice indemnizație plătită în baza prezentei asigurări se va plăti către moștenitorul legal / moștenitorii legali ai acestuia.

**RISC/EVENIMENT ASIGURAT.** În baza prezentelor condiții contractuale sunt asigurate riscurile:

- Intervenție Chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri;
- Cheltuieli medicale în urma unei Intervenții Chirurgicale indemnizate conform prezentelor condiții contractuale.

**CERTIFICATUL DE ASIGURARE** reprezintă Contractul de Asigurare a Persoanei Asigurate în calitate de Asigurat Principal ori, după caz, și a Asiguratului Subsidiar, respectiv documentul semnat de Societatea de Asigurări conform prevederilor Codului Civil, care va fi comunicat fiecărui Asigurat Principal, care a solicitat înscrierea în programul de asigurare printr-o cerere transmisă prin e-mail sau generată prin interfața web administrată de Broker și accesibilă angajaților CEC Bank, în temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 85/2004, cu modificările și completările ulterioare. Aceasta cerere conține confirmarea că a citit în prealabil termenii și condițiile asigurării prin mijloacele de informare puse la dispoziție de Broker (pagina web în intranet-ul CEC Bank). Certificatul de asigurare atestă înscrierea în asigurare și calitatea de Persoană Asigurată și stabilește Data încheierii contractului de asigurare. Termenii și Condițiile de asigurare sunt atașate și fac parte integrantă din Certificatul de Asigurare. Asiguratul Principal acceptă ca dovadă a încheierii contractului de asigurare oferit în baza prezentei Polițe de Grup: (i) cererea pentru înscrierea în programul de asigurare transmisă prin intermediul e-mail-ului sau generată prin interfața web administrată de Broker și accesibilă angajaților CEC Bank, și (ii) Certificatul de Asigurare, împreună cu Termenii și condițiile asigurării, care fac parte integrantă din acesta.

**DATA SCADENTĂ** a primei de asigurare va fi considerată data de 1 a lunii în care prima este scadentă. În cazul în care plata primei de asigurare nu se va efectua în această zi sau aceasta zi este nelucrătoare în luna respectivă, prima se va putea plăti în orice altă zi lucrătoare până la finalul lunii în care prima este scadentă. Data Scadentă este prevăzută în Certificatul de Asigurare ("Data Scadentă a primei de asigurare").

**PLĂTITORUL PRIMELOR DE ASIGURARE** este Asiguratul Principal, care are obligația să efectueze plata primei de asigurare în contul deschis la CEC BANK, IBAN RO54CECEB00044RON0235293, beneficiar INTERALIA INSURANCE BROKER. Următoarea facilitate de plată este pusă la dispoziția asiguratului: debit lunar direct din contul angajatului la CEC Bank (cu cerere prealabilă din partea angajatului), pe toată durata de valabilitate a Programului de Asigurare pentru care a optat.

**FRECVENȚA DE PLATĂ A PRIMEI DE ASIGURARE** este lunară.

**PERIOADA DE ASIGURARE** reprezintă intervalul cuprins între data de 1 a unei luni și ultima zi calendaristică a aceleiași luni.

- **DATA ACTIVĂRII** este data de întâi (01) a lunii imediat următoare formulării cererii de înrolare în asigurare.

**SUMA ASIGURATĂ** (sau „Indemnizația de Asigurare”) înseamnă suma specificată în cuprinsul prezentelor condiții contractuale, așa cum va fi menționată și în Certificatul de Asigurare și în condițiile prevăzute în acesta și reprezintă Suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Beneficiarului în cazul producerii Riscului Asigurat.

**INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE** reprezintă suma pe care o va plăti Societatea de Asigurări Persoanei Asigurate în cazul producerii unuia dintre Riscurile asigurate. Indemnizația de asigurare se va calcula ca procent din Suma Asigurată pentru beneficiile prevăzute în prezentele condiții contractuale, în funcție de gravitatea evenimentului asigurat.

**ÎMBOLNĂVIRE** reprezintă modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Persoanei Asigurate, contractată sau manifestată pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată ca atare după data intrării în vigoare a acoperirii individuale.

**ACCIDENT** înseamnă un eveniment datorat unei cauze fortuite, violente și exterioare, care survine în perioada de valabilitate a asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate și se datorează acțiunii bruște asupra organismului a unor factori externi (mecanici, termici, electrici, etc). Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne, medicale, cum ar fi (enumerarea este doar ilustrativă, nu exhaustivă): accident vascular cerebral, atacul ischemic tranzitor, ruptura vasculară, nu pot fi incluse în această categorie, acestea fiind considerate cazuri de Îmbolnăvire.

**VĂTĂMARE** înseamnă orice vătămare fizică a corpului Persoanei Asigurate, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident, cu condiția ca această vătămare să fi avut loc în perioada de valabilitate a Acoperirii Individuale.

**CONDIȚIE PREEXISTENTĂ** înseamnă orice boală sau vătămare corporală sau altă condiție medicală a Persoanei Asigurate, diagnosticată ca atare de un Medic înainte de Data Activării Acoperirii Individuale.

**SPITAL** reprezintă o unitate sanitară publică sau privată cu paturi, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- (1) deține o licență de funcționare ca spital, oferită de Ministerul Sănătății;
- (2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămăte, în calitate de pacienți spitalizați;
- (3) furnizează servicii de asistență medicală 24 de ore pe zi, prestate de personal medical calificat;
- (4) dispune de un personal cuprinzând cel puțin un medic disponibil permanent;
- (5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore;
- (6) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau de convalescență sau altă unitate sanitară similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau dependenți de droguri;
- (7) dispune de echipament pentru raze X și de facilitățile aferente de funcționare.

**SPITALIZARE** reprezintă internarea unei persoane într-un spital ca pacient rezident timp de cel puțin 24 de ore, cu serviciu complet de masă și cazare. Spitalizarea în sensul prezentului contract nu se referă la spitalizarea care are ca scop recuperarea.

**MEDIC** reprezintă o persoană care profesează medicina, pe baza unor studii superioare de specialitate și care deține drept de liberă practică și este membru al Colegiului Medicilor din România sau al unei autorități similare din altă țară, alta decât Persoana Asigurată sau un membru al familiei acesteia până la gradul 2 inclusiv.

**INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ** înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală sau afecțiune/ Îmbolnăvire, cu urmări permanente, detectabilă din punct de vedere medical și este incapabilă de a desfășura oricel de muncă, de a exercita orice meserie sau profesie, în scopul obținerii unui venit, unui profit sau a unei compensații, pentru tot restul vieții.

**INVALIDITATE PARȚIALĂ PERMANENTĂ** înseamnă că Persoana Asigurată a suferit o Vătămare Corporală sau afecțiune/îmbolnăvire, cu urmări permanente, detectabilă din punct de vedere medical, dar care nu împiedică Persoana Asigurată de a desfășura orice fel de muncă, de a exercita orice meserie sau profesie, în scopul obținerii unui venit, unui profit sau a unei compensații, pentru tot restul vieții.

**INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ** reprezintă o procedură sau tehnică medicală efectuată în scop terapeutic asupra Asiguratului într-o unitate sanitară/ Spital, de către un medic, pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat. Procedura/tehnica efectuată în scop terapeutic/curativ trebuie să implice o incizie/ electrocauterizare și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală.

**PERIOADA DE AMÂNARE** înseamnă intervalul de timp, în decursul căruia Intervenția chirurgicală din îmbolnăvire nu este acoperită, astfel:

- 90 (nouăzeci) de zile calendaristice pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire calculate o singură dată de la Data Activării asigurării;
- 30 (treizeci) de zile calendaristice pentru Intervenția chirurgicală din Îmbolnăvire, calculată de fiecare dată când protecția prin asigurare se suspendă ca urmare a neplății primei lunare de asigurare timp de 3 (trei) luni consecutive. În acest caz perioada de amânare se calculează de la data de început a Perioadei de Asigurare pentru care se reia plata primei de asigurare.

În această perioadă, Intervenția chirurgicală din accident este acoperită.

#### Exemplu:

Data scadentă: 01.05.2019 – în luna mai prima de asigurare nu este platită, clientul nu va beneficia de asigurare pentru următoarea lună. Acoperirea poate fi reactivată prin plata primei la următoarele scadențe.

Data scadentă: 01.06.2019 – în luna iunie prima de asigurare nu este plătită, clientul nu va beneficia de asigurare pentru următoarea lună. Acoperirea poate fi reactivată prin plata primei la următoarele scadențe.

Data scadentă: 01.07.2019 – în luna iulie prima de asigurare nu este platită, clientul nu va beneficia de asigurare pentru următoarea lună. Acoperirea poate fi reactivată prin plata primei la următoarele scadențe.

Având în vedere ca nu s-au efectuat plăți pentru 3 luni consecutive, o nouă perioadă de amânare de 30 de zile pentru acoperirea din îmbolnăvire va fi activată.

**PERIOADA DE GRATUITATE** la plata primei de asigurare este de 2 (doua) luni și se calculează începând cu data de 01 (întâi) a lunii calendaristice următoare formulării cererii de înrolare în Programul de Asigurare reglementat de prezenta Poliță de Grup.

#### Exemplu:

Data formulare cerere de inrolare in asigurare: 20.03.2019

Data activare: 01.04.2019

Perioada de Gratuitate: 01.04.2019-31.05.2019

Prima Dată Scadentă: 01.05.2019

Perioada acoperită prin plata primei prime de asigurare: 01.06.2019-30.06.2019.

## Obiectul contractului

Societatea de Asigurări oferă Persoanelor Asigurate protecție pentru Riscurile Asigurate sub rezerva și în condițiile prevederilor, excluderilor, limitărilor, rezervelor și declarațiilor din cuprinsul prezentelor condiții de asigurare.

Asigurarea stipulată de prezentele condiții contractuale se refera numai la tipurile de asigurare care sunt indicate printr-o suma specifică, menționată în cuprinsul acesteia.

## Data intrării în vigoare a acoperirii individuale

Intrarea în vigoare a Acoperirii Individuale a Persoanelor Asigurate în temeiul prezentelor condiții contractuale începe după cum urmează:

- pentru Asiguratul Principal, data de 01 (intâi) a lunii calendaristice următoare formulării cererii de inrolare în Programul de Asigurare reglementat de Polița de Grup.
- pentru Asigurații Subsidiari, la data la care sunt întrunite cu privire la persoana lor toate condițiile menționate la articolul despre Asigurații Subsidiari de mai sus.

Persoana Asigurată beneficiază de asigurare, fără a avea obligații la plată izvorâte din contractul de asigurare încheiat între Societatea de Asigurări și Asiguratul Principal, pe baza exprimării acordului de a participa la Programul de Asigurare oferit de prezenta Poliță și pe baza confirmării că a citit termenii și condițiile asigurării prin mijloacele de puse la dispoziție de Broker (pagina web în intranet-ul CEC Bank), optând fie pentru varianta de Asigurare Individuală, fie pentru Asigurarea Extinsă (Familială). Acordul de participare și confirmarea citirii termenilor și condițiilor asigurării se fac prin intermediul unei cereri formulate către Asigurator sau către Broker. Persoanei Asigurate i se oferă o perioadă de gratuitate la plata primei de asigurare calculată o singură dată de la momentul activării asigurării. Această perioadă de gratuitate este de 2 (două) luni și se calculează începând cu data de 01 (intai) a lunii calendaristice următoare formulării cererii de înrolare în Programul de Asigurare reglementat de prezenta Poliță de Grup.

După expirarea acestei perioade de gratuitate, Persoana Asigurată beneficiază de asigurare prin plata primei de asigurare.

Acoperirea Individuală este valabilă pentru Perioade de Asigurare succesive și se reînnoiește automat prin plata primei de asigurare la Data Scadentă. În cazul neplătii Primei de Asigurare la Data Scadentă sau până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, Acoperirea Individuală se suspendă pentru Luna de Asigurare următoare și se reia prin plata primei la Data Scadentă sau în decursul lunii în care prima este scadentă, pentru Luna de Asigurare următoare.

## Teritoriul acoperirii individuale

Acoperirea Individuală este valabilă în întreaga lume, 24 din 24 de ore, cât timp Asiguratul Principal a plătit prima de asigurare datorată, dacă nu se menționează altfel în prezentul document.

## Acuratețea declarațiilor

Orice fraudă, declarație falsă sau omisiune care afectează Acoperirea Individuală contractată în baza acestei asigurări, va atrage încetarea de drept a respectivei Acoperiri Individuale, urmând ca toate Indemnizațiile de Asigurare ce s-ar fi cuvenit Beneficiarului / Beneficiarilor să fie considerate pierdute. În această situație primele de asigurare plătite nu se restituie.

Societatea de Asigurări nu este responsabilă pentru acuratețea declarațiilor Persoanelor Asigurate.

## Plata primei

Asiguratul Principal plătește prima de asigurare la Data Scadentă, așa cum este aceasta definită în prezentele condiții contractuale, pentru luna de Asigurare imediat următoare în conformitate cu varianta de asigurare pentru care a optat (Asigurare Individuală sau Asigurare Extinsă în varianta Standard sau Premium), cu condiția confirmării că a citit termenii și condițiile asigurării prin mijloacele puse la dispoziție de broker (pagina web în intranet-ul CEC Bank), și cu frecvența de plată lunară, astfel:

Tip acoperire	Prima lunară*/ Premium	Prima lunară*/Standard
Asigurare Individuală	31,00 Lei	
Asigurare Familie	53,00 Lei	43,00 Lei

Prima de asigurare se plătește anticipat pentru Luna de Asigurare următoare lunii în care este Data Scadentă.

Plata primelor de asigurare de către Asigurații Principali se realizează în contul deschis la CEC BANK, IBAN RO54CECEB00044RON0235293, beneficiar INTERALIA INSURANCE BROKER. Următoarea facilitate de plată este pusă la dispoziția asiguratului: debit lunar direct din contul angajatului la CEC Bank (cu cerere prealabilă din partea angajatului), pe toată durata de valabilitate a Programului de Asigurare pentru care a optat.

Dacă la Data Scadentă nu s-a efectuat plata primei de asigurare, aceasta poate fi achitată în oricare altă zi până la finalul lunii în care prima este scadentă. Posibilitatea de a plăti prima de asigurare în decursul întregii luni, ulterior Datei Scadente în cadrul aceleiași luni constituie un beneficiu acordat Persoanelor Asigurate pentru evitarea situațiilor în care acesta nu ar putea beneficia de acoperirea asigurării, ca urmare a faptului că nu au avut disponibil necesar la Data Scadentă.

Dacă până la sfârșitul lunii în care este cuprinsă Data Scadentă, nu se efectuează plata primei de asigurare, cu excepția perioadei de gratuitate, Acoperirea încetează pentru Perioada de Asigurare următoare. Acoperirea va reîncepe pentru următoarele Perioade de Asigurare, dacă prima de asigurare corespunzătoare acestora a fost plătită integral. Perioada maximă de suspendare este de 6 (șase) luni de asigurare consecutive, după care asigurarea se reziliază de plin drept, fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția instanțelor de judecată, prin simpla neexecutare a obligației de plată a primei de asigurare pentru 6 (șase) luni de asigurare consecutive.

#### Exemple:

##### Frecvența lunară

- 01.05.2019 – data scadentă pentru plata primei de asigurare
- 01.06.2019-30.06.2019 – luna de asigurare pentru care se plătește prima de asigurare
- Clientul poate plăti prima de asigurare oricând pe parcursul lunii mai, pentru a fi asigurat în luna iunie
- Clientul nu plătește prima de asigurare în luna mai, Acoperirea este suspendată pentru luna iunie
- 01.06.2019 – data scadentă pentru plata primei de asigurare
- 01.07.2019-31.07.2019 – luna de asigurare pentru care se plătește prima de asigurare

Societatea de Asigurări își rezervă dreptul de a modifica prima de asigurare în cazul unor fluctuații ale parametrilor de bază care pot influența evoluția costurilor beneficiilor oferite. Prima de asigurare se modifică la următoarea Data Scadentă. Noua valoare a primei de asigurare va fi comunicată Asiguratului Principal cu cel puțin 20 de zile calendaristice anterior datei intrării în vigoare a modificării. În cazul în care Asiguratul Principal nu este de acord cu modificarea primei de asigurare, programul de asigurare se consideră reziliat de către acesta la următoarea Data Scadentă, fără a fi necesare alte demersuri.

Această asigurare nu are componentă de investiții, valoare de răscumpărare și nici perioada de grație, iar valoarea primelor achitate nu se restituie la încetarea acoperirii prin asigurare.

## Acordarea indemnizațiilor de asigurare

Valoarea Indemnizației de Asigurare va fi cea corespunzătoare tipului de asigurare pentru care a optat Asiguratul Principal și nivelului de primă care a fost achitată, astfel:

Riscuri Asigurate și Beneficii Aferente	Individual	Familie-Premium		Familie-Standard	
	Asigurat Principal	Asigurat Principal	Soț/Soție și Copii	Asigurat Principal	Soț/Soție și Copii
Intervenție chirurgicală ca urmare a unei îmbolnăviri *	%5,000 lei	%5,000 lei	%5,000 lei	%4,000 lei	%4,000 lei
Intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident	%10,000 lei	%10,000 lei	%10,000 lei	%8,000 lei	%8,000 lei
Cheltuieli Medicale**	500 lei	500 lei	500 lei	400 lei	400 lei

\* se plătește % din Suma Asigurată, alocat în funcție de tipul intervenției chirurgicale, conform Tabelului de plăți din prezentele condiții contractuale

\*\* Cheltuieli medicale aferente fiecărui eveniment indemnizat prin prezentul contract.

Societatea va fi notificată în scris, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 30 (treizeci) de zile, despre orice eveniment care ar putea face obiectul unei solicitări de despăgubire în condițiile prezentului contract de asigurare.

Societatea de Asigurări se obligă să plătească în cazul producerii evenimentului asigurat pe durata de valabilitate a asigurării, următoarele beneficii/Indemnizații de asigurare:



## Indemnizația de asigurare pentru intervenția chirurgicală ca urmare a unui Accident sau a unei Îmbolnăviri

În cazul în care, ca rezultat al unei Vătămări Corporale sau al unei Îmbolnăviri, Persoanei Asigurate i se va acorda îngrijire medicală într-un Spital și va fi supusă unei intervenții chirurgicale necesare, prestată de un Medic, Societatea de Asigurări va plăti o indemnizație pentru intervenția chirurgicală efectuată, limitată la Procentajul din Beneficiul Maxim, specificat în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, pentru intervenția chirurgicală efectuată. Procentele de indemnizare cumulate nu pot depăși 100% per eveniment și pe an de asigurare.

Dacă se efectuează mai multe intervenții chirurgicale în aceeași sedință operatorie, indemnizația va fi limitată la cel mai mare procent aferent intervențiilor chirurgicale efectuate din Beneficiul Maxim aplicabil acestor intervenții sau după caz procentele se vor cumula până la maxim 100%.

### Exemplu:

#### Caz 1:

În urma unui accident asiguratul suferă multiple fracturi, la nivelul membrelor inferioare și la nivelul membrelor superioare ce necesită intervenție chirurgicală. În cadrul aceleași sedințe operatorii sunt operate, prin incizii multiple, atât membrele inferioare cât și membrele superioare. În această situație asiguratul va fi despăgubit cumulându-se procentele aferente celor două operații însă fără a depăși 100% din suma asigurată.

#### Caz 2:

În urma unei îmbolnăviri asiguratul suferă o intervenție chirurgicală pentru Apendicită. Dacă în cadrul aceleași sedințe operatorii și printr-o singură incizie se realizează o Apendicectomie și se constată o afecțiune a colecistului, practicându-se și o Colecistectomie, asiguratul va fi despăgubit cu procentul cel mai mare conform tabelului de plăți, și anume 60% din suma asigurată aferenta Colecistectomiei.

#### Caz 3:

În anul 2018 în urma unei îmbolnăviri asiguratul suferă o intervenție chirurgicală de colicestiomie (60% din suma asigurată conform Tabelului de Plăți) iar ulterior, în același an, asiguratul suferă un accident în urma căruia este necesară amputarea Coapsei până la nivelul articulației șoldului (70% din suma asigurată conform Tabelului de Plăți), asiguratul va fi despăgubit cu 60% pentru prima intervenție chirurgicală și 40% pentru cea de a doua intervenție chirurgicală.

#### Caz 4:

În urma unui accident cu multiple fracturi asiguratul suferă intervenții chirurgicale multiple în ședințe operatorii diferite. La prima ședință operatorie se operează Femurul de la ambele picioare și Antebrațul (100% cumulat conform Tabelului de Plăți), iar într-o ședință operatorie ulterioară este operată Clavicula (30% conform Tabelului de Plăți), asiguratul va fi despăgubit cu maxim 100% din suma asigurată.

Pentru orice intervenție chirurgicală nespecificată în Tabelul de Plăți pentru Intervenții Chirurgicale, Societatea de Asigurări va indemniza prin analogie cu o intervenție chirurgicală specificată, de complexitate comparabilă după aprecierea Societății de Asigurări, cu excepția cazului când acea intervenție chirurgicală este exclusă în mod expres printr-o clauză cuprinsă în prezentul document.

- Acoperirea pentru accident este disponibilă de la Data Activării;
- Acoperirea pentru îmbolnăvire este disponibilă după terminarea perioadei de amânare de 90 (nouăzeci) de zile de la Data Activării; în cazul în care acoperirea este suspendată pentru o perioadă de 3 (trei) luni consecutive, o nouă perioadă de amânare de 30 (treizeci) de zile se va aplica, începând cu data reluării acoperirii după perioada de suspendare; această nouă perioadă de amânare se va aplica doar pentru acoperirea pentru Îmbolnăvire.

## Indemnizația pentru cheltuieli medicale

Societatea de Asigurări va plăti în baza prezentelor condiții, o indemnizație de asigurare fixă, în conformitate cu sumele asigurate menționate în prezentele condiții contractuale aferente fiecărei variante de asigurare pentru cheltuieli medicale, doar în cazul unei Intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei Îmbolnăviri și indemnizate în baza prezentelor condiții contractuale, fără ca Persoana Asigurată să aducă vreo dovadă a efectuării acestor cheltuieli medicale. Numărul maxim de indemnizații plătite pentru o persoană asigurată pentru Cheltuieli medicale este de 2 (două) în decursul unui an de asigurare, indiferent de numărul de evenimente indemnizate în decursul unui an de asigurare.

Toate solicitările pentru Indemnizația de asigurare vor fi adresate de către Persoana Asigurată / Beneficiar, Societății de Asigurări, în scris, prin intermediul metodelor de contact puse la dispoziție de Societate:

- online prin aplicația eClaims disponibilă pe [www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro) sau
- prin e-mail la adresa [despagubiri@metropolitanlife.ro](mailto:despagubiri@metropolitanlife.ro) sau
- prin poștă la adresa B-dul. Lascăr Catargiu, nr. 47-53, Clădirea Europe House, etaj 4, sector 1, București, Persoanei Asigurate /Beneficiarului îi revine responsabilitatea furnizării certificatelor, datelor, informațiilor și documentelor cerute în mod rezonabil și curent de către Societatea de Asigurări, acestea fiind prezentate/transmise în forma specificată de Societatea de Asigurări și nu vor implica niciun cost pentru aceasta din urmă.

Cererea pentru Indemnizația de Asigurare va conține următoarele date și informații și i se vor atașa cel puțin următoarele documente, după caz:

- a.** Cererea de despăgubire în formatul cerut de Societate, completată personal de Persoana Asigurată/Beneficiar
- b.** Copia actului de identitate a persoanei asigurate sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate;
- c.** Dovada calității de Asigurat:
  - certificatului de naștere pentru minorii asigurați care nu dețin act de identitate
  - certificatul de căsătorie pentru asigurații dependenți soț/soție
- d.** Copia extrasului de cont bancar curent în Lei al persoanei îndreptățite să primească suma convenită din despăgubire (daca datele contului bancar nu au fost completate în solicitarea de despăgubire);
- e.** Biletul/Biletele de ieșire din spital
- f.** Copia scrisorii medicale, dacă există;
- g.** După caz, în funcție de cauza evenimentului:
  - copia Fișei medicale/ Raport medical care să cuprindă istoricul medical, eliberată de medicul de familie (dacă intervenția chirurgicală este urmare a unei îmbolnăviri a persoanei asigurate);
  - copia raportului poliției cu circumstanțele producerii evenimentului și rezultatul testului toxicologic (dacă intervenția chirurgicală este urmare a unui accident /eveniment în care Poliția a efectuat cercetări).
- h.** alte documente relevante solicitate de Societatea de Asigurări.

În cazul în care Societatea de Asigurări va considera necesar, Persoana Asigurată se va prezenta la un control medical pentru examinarea oricăror Vătămări Corporale, costurile aferente fiind suportate de către Societatea de Asigurări. După survenirea oricărei Vătămări Corporale, Persoana Asigurată va consulta un medic, cât mai curând posibil, în vederea obținerii și urmării recomandărilor primite, iar Societatea de Asigurări nu va fi responsabilă pentru consecințele aparute în urma refuzului Persoanei Asigurate de a obține și a urma recomandările, prescripțiile și tratamentele indicate.

Societatea de Asigurări va efectua plata indemnizațiilor de asigurare în termen de 15 zile lucrătoare de la data la care documentația solicitată completă este depusă la Societatea de Asigurări .

Asigurătorul are dreptul de a nu plăti indemnizația de asigurare în cazul în care documentele suplimentare solicitate pentru completarea dosarului de despăgubire nu sunt depuse de asigurat în termen de 2 ani de la data solicitării deschiderii dosarului de despăgubire.

Documentația necesară detaliată mai sus va fi transmisă Societății în limba română (documentele în altă limbă vor fi transmise în copie și în variantă tradusă de un traducător autorizat de Ministerul de Justiție). Societatea își rezervă dreptul de a solicita oricare dintre documente, inclusiv toate documentele menționate mai sus în Original sau Copie Legalizată.

## Modificarea acoperirii individuale

Dupa data începerii Acoperirii Individuale Asiguratul Principal poate solicita oricând pe durata contractului modificarea asigurării pentru care a optat inițial și implicit, a nivelului de primă care va fi achitat în continuare, apelând numărul de telefon 021.320.90.20 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom) de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

Numărul de telefon menționat în acest articol poate fi modificat de către Societatea de Asigurări, această informație va fi disponibilă pe site-ul acestuia și va informa în scris Titularul poliței de această modificare.

Noua variantă de asigurare aleasă de către Asiguratul Principal va produce efecte începând cu Luna de Asigurare pentru care s-a achitat prima de asigurare modificată.

## Încetarea asigurării contractate de asiguratul principal

**(A) Asigurarea contractată de Asiguratul Principal** (implicit și **Acoperirea Individuală**) va înceta pentru toate Persoanele Asigurate la primul din următoarele momente:

1. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare
2. la data la care vârsta Asiguratului Principal depășește vârsta maximă admisă (65 de ani);
3. la data Decesului sau a Invalidității Totale permanente a Asiguratului Principal, indiferent de varianta Asigurării contractate;
4. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată Prima de asigurare, în cazul în care Asiguratul Principal solicită încetarea asigurării contractate după expirarea perioadei de gratuitate;
5. la data împlinirii perioadei maxime de 6 (șase) luni consecutive de neplată a primei de asigurare.
6. la data formulării de către Asiguratul Principal a solicitării de încetare a asigurării, dacă este efectuată în perioada de gratuitate, ce cuprinde 2 (două) luni începând cu data de 01 (întai) a Lunii calendaristice următoare formularii cererii de înrolare în Programul de Asigurare reglementat de prezenta Poliță de Grup, indiferent de varianta asigurării contractate.
7. la data expirării perioadei pentru care a fost achitată prima de asigurare, în cazul în care relația contractuală a Asiguratului Angajat CEC cu CEC Bank încetează.

**(B) Acoperirea Individuală** va înceta **pentru Asiguratul Subsidiar** la data la care va înceta Acoperirea Individuală a Asiguratului Principal sau la data la care Asiguratul Subsidiar va împlini vârsta maximă admisă de 65 (șaizeci și cinci) de ani, respectiv 18 (optsprezece) sau 22 (douăzeci și doi) de ani în cazul în care studiază la cursuri de zi într-o instituție de educație acreditată în cazul Asiguratului Subsidiar copil al Asiguratului principal.

**(C) Societatea de Asigurări**, fiind informată cu privire la survenirea unuia dintre aceste cazuri de încetare prevăzute mai sus, se obligă să informeze Titularul Poliței cu privire la acest eveniment.

Asiguratul Principal are dreptul de a denunța unilateral contractul de asigurare în termen de 30 (treizeci) de zile calculat de la data primirii Certificatului de Asigurare conținând termenii și condițiile asigurării, fără plata vreunei penalități și cu restituirea eventualelor prime plătite înăuntrul acestui termen de denunțare unilaterală. Contractul poate fi denunțat oricând și după îndeplinirea acestui termen, însă primele de asigurare plătite până la acel moment nu vor fi restituite. Notificarea de denunțare unilaterală se va depune la sediul Societății de Asigurări și va trebui să conțină datele de identificare ale Asiguratului Principal și semnătura acestuia. Contractul de asigurare poate fi denunțat și telefonic la numărul de telefon dedicat 021.320.90.20 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom) apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00.

Încetarea Poliței de Grup/Acoperirii individuale nu va afecta nicio pretenție la Indemnizația de asigurare formulată ulterior intervenirii oricăruia dintre cazurile de încetare, dacă accidentul sau îmbolnăvirea s-a produs în perioada cât acoperirea individuală era în vigoare și este în concordanță cu termenii și condițiile din prezentele condiții contractuale și dacă intervenția chirurgicală este efectuată în maxim 6 (șase) luni de la data accidentului sau îmbolnăvirii.

Societatea de Asigurări va restitui Asiguratului Principal orice primă de asigurare plătită de acesta după data încetării Acoperirii.

Asiguratul Principal poate solicita încetarea asigurării formulând în acest sens o cerere expresă prin telefon, la numărul de telefon 021.320.90.20 (număr cu tarif normal în rețeaua Telekom, apelabil de luni până vineri între orele 09:00 – 18:00). Ca urmare a unei astfel de cereri, asigurarea se reziliază odata cu cererea telefonică a Asiguratului Principal. Primele de asigurare plătite în avans se vor restitui în concordanță cu perioada de asigurare rămasă neacoperită.

## Excluderi

Dacă nu se specifică altfel, aceste condiții nu se vor aplica următoarelor evenimente, care au avut ca rezultat o vătămare corporală care a necesitat intervenția chirurgicală, cauzată sau provocată de sau prin:

- a. război sau război civil,
- b. acțiunile sau inacțiunile intenționate ale Persoanei Asigurate;
- c. folosirea de către Persoana Asigurată a unor medicamente sau tratamente neprescrise, sau prescrise dar în doze neconforme cu prescripția medicală, de către Medici autorizați;
- d. cauzate direct sau indirect de consumul de alcool indiferent de gradul de alcoolemie al Persoanei Asigurate;
- e. cauzate direct sau indirect de consumul de droguri, substanțe halucinogene, substanțe interzise
- f. tentativă de sinucidere a Persoanei Asigurate, indiferent de starea sa mentală, pe durata primilor 2 (doi) ani de la data intrării în vigoare a asigurării;

Dacă nu se specifică altfel, se exclud toate evenimentele asigurate din accident cauzate direct sau indirect, total sau parțial, de către:

- a. infecții bacteriene, cu excepția infecției piogenice survenind dintr-o rănire accidentală prin taiere sau lovire;
- b. tratamentul medical sau chirurgical, cu excepția aceluia necesar pentru vătămarile acoperite de această asigurare și efectuat în perioada menționată în prezentele condiții de asigurare.

Dacă nu se specifică altfel, se exclud de asemenea toate evenimentele asigurate din accident survenite în împrejurările următoare:

- a. participarea activă a Persoanei Asigurate la orice sport profesionist;
- b. participarea Persoanei Asigurate, în calitate de concurent, la orice competiție implicând utilizarea unui vehicul motorizat terestru, acvatic sau aerian;
- c. călătoria cu sau conducerea de către Persoana Asigurată a unei motociclete sau scuter cu capacitate cilindrică mai mare de 125 cm<sup>3</sup>;
- d. zborul Persoanei Asigurate ca pasager, într-un aparat de zbor care nu aparține unei societăți de transporturi aeriene înregistrate și autorizate legal pentru transportul de pasageri pe rute programate, regulate și publicate;
- e. serviciul activ al Persoanei Asigurate în oricare din forțele armate ale oricărei țări;
- f. participarea Persoanei Asigurate la săvârșirea unei infracțiuni;
- g. utilizarea de către Persoana Asigurată, ca pilot sau pasager, a unui avion amfibiu, deltaplan, parapantă, parașută sau participarea la orice alt zbor altfel decât ca pasager.

Dacă nu se specifică altfel, Societatea de Asigurări nu va rambursa, indemniza sau deveni răspunzătoare pentru nicio pretenție referitoare la:

- a. orice anomalii congenitale;
- b. oricare eveniment survenit pe fondul unei boli mintale, sau orice fel de tulburări și/sau afecțiuni psihice;
- c. orice tratament necesar unei afecțiuni, survenite în urma unui accident sau a unei îmbolnăviri, ce presupune o internare într-o instituție de îngrijire de lungă durată (cămine de bătrâni, centre pentru convalescență, centre de dezintoxicare, centre de sănătate, etc.), Secție Clinică de Recuperare sau Centru de recuperare din cadrul unui Spital, centre cu consult extern sau centru de reabilitare/ recuperare, toate examinările periodice de control sau de observare, legate sau nu de orice îmbolnăvire existentă înainte sau după data intrării în vigoare a acestei asigurări;
- d. tratament dentar și chirurgie dentară, cu excepția celor necesare unei danturi natural sănătoase, dar lezate de o vătămare corporală;
- e. chirurgie plastică/cosmetică, cu excepția celei necesare din cauza unei vătămări corporale;
- f. orice eveniment care este consecință directă sau indirectă a unei condiții preexistente;
- g. Intervenții chirurgicale efectuate pentru investigarea și tratamentul de sterilitate, fertilizarea „in vitro”, în scopuri

de inseminare artificială.

Nicio afecțiune cauzată de sarcină nu este acoperită prin prezentul contract de asigurare în primele 9 luni de la Data

Activării și nu poate fi cumulată cu niciun alt beneficiu plătit în baza acestui contract de asigurare. Ulterior în cazul în care, în urma unei sarcini, nașterea copilului are loc prin cezariană, Societatea va plăti către persoana asigurată beneficiul de cezariană, calculat ca procent din Suma Asigurată, conform „Tabelului de Plăți”.

Nu se va efectua nicio plată în caz de Intervenție Chirurgicală corelată cu o Îmbolnăvire apărută în perioada de amânare a acoperirii definite în prezentele condiții contractuale. În aceasta perioadă vor fi acoperite numai Intervențiile Chirurgicale din Accident.

## Legea aplicabilă și jurisdicția

Prezentului contract i se aplică legislația din România, incluzând, dar nelimitându-se la următoarele acte normative cu modificările și completările ulterioare: Codul Civil al României, Legea nr. 236/2018, Legea nr.237/2015, Ordonanța Guvernului nr.85/2004 privind protecția consumatorilor la încheierea și executarea contractelor la distanță privind serviciile financiare și orice alte acte emise de autoritatea de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor.

Titularul Poliței și Persoana Asigurată/Reprezentantul Legal cuprinși în contractul de asigurare și Societatea de Asigurări vor încerca soluționarea pe cale amiabilă a oricărui litigiu rezultate din executarea contractului de asigurare. Orice reclamații adresate Societății de Asigurări de către Titularul Poliței sau de Persoana Asigurată/Reprezentantul legal cuprinși în contractul de asigurare în legătură cu executarea contractului de asigurare vor trebui formulate în scris, sub semnătura autorului, cu indicarea obiectului reclamației, a motivelor acesteia, a eventualelor mijloace de probă, a domiciliului și a datelor de identificare ale autorului (CNP, număr și serie act de identitate, numerele tuturor Contractelor la care se referă reclamația) și vor fi depuse de către acesta sau transmise prin fax/ scrisoare recomandată cu confirmare de primire la sediul Societății de Asigurări sau prin e-mail la adresa client@metropolitanlife.ro ori pe site-ul Societății pe www.metropolitanlife.ro, cu condiția completării tuturor câmpurilor obligatorii. Societatea de Asigurări va analiza reclamația și dacă va considera necesar va putea invita autorul la sediul sau pentru susținerea reclamației sau va putea solicita acestuia prezentarea de explicații și/sau documente și îi va comunica răspunsul sau în termen de 30 (treizeci) de zile de la înregistrarea reclamației, prin e-mail/fax/scrisoare recomandată cu confirmare de primire. Procedura amiabilă nu constituie o restrângere a dreptului petentului de a se adresa autorităților de supraveghere și reglementare în domeniul asigurărilor (Autoritatea de Supraveghere Financiară și Banca Centrală a Irlandei), autorităților competente în domeniul protecției consumatorului și/sau instanțelor judecătorești competente.

## Taxe, impozite și onorarii

Taxe, onorariile și impozitele referitoare la operațiunile necesare plății primei de asigurare, dacă este cazul, se vor suporta de către Persoanele Asigurate împreună cu primele de asigurare și la momentul plății acestora. Beneficiarul care încasează Indemnizația de Asigurare va plăti impozitele, onorariile notariale și taxele aferente acestei Indemnizații de Asigurare, conform normelor legale în vigoare la data încasării acesteia.

## Forța majoră

Părțile sunt exonerate de răspundere în cazul neexecutării, executării necorespunzătoare sau cu întârziere a obligațiilor contractuale în caz de forță majoră, pe toata durata existenței acesteia.

Prin forță majoră se înțelege un eveniment independent de voința părților, imprevizibil și insurmontabil, apărut după încheierea Poliței de Grup, care împiedică Părțile să-și execute obligațiile asumate.

Evenimentul de forță majoră se va comunica în scris în termen de 5 (cinci) zile calendaristice de la apariția sa. Documentele oficiale care atestă existența evenimentului de forță majoră certificate de Camera de Comerț și Industrie a României, vor fi comunicate celeilalte Părți în termen de 15 (cincisprezece) zile calendaristice de la data apariției forței majore.

În cazul în care forța majoră, notificată în condițiile menționate în precedent, durează mai mult de 30 (treizeci) de zile calendaristice, oricare dintre părți va putea notifica celeilalte părți încetarea de drept a prezentului contract, fără ca acestea să-și datoreze daune interese.

## Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală care se aplică contractelor de asigurare

În conformitate cu prevederile Codului fiscal, în vigoare la data acestei versiuni a termenilor și condițiilor de asigurare, primele de asigurare aferente acestui contract de asigurare nu sunt deductibile fiscal. Prevederile sus menționate își pot înceta aplicabilitatea în orice moment în timpul executării contractului de asigurare ca urmare a unei modificări legislative.

# Tabel plăți pentru intervenții chirurgicale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri

Procent din Suma Asigurată

Descrierea Procedurii Chirurgicale	Procentajul Maxim
<b>1. ABDOMEN</b>	
1.1. Apendicectomie	35
1.2. Rezecția intestinală	70
1.3. Rezecția gastrică	70
1.4. Gastro - enterostomie	60
1.5. Colecistectomie	60
1.6. Laparatomie în scop de diagnostic, tratament sau extirparea unuia sau mai multor organe interne	50
Dacă nu este altfel specificat în continuare, două sau mai multe proceduri chirurgicale efectuate prin aceeași incizie abdominală vor fi considerate o singură intervenție chirurgicală.	
<b>2. ABCES</b>	
2.1. Incizia unuia sau mai multor abcese superficiale sau furuncule	5
2.2. Tratamentul unuia sau mai multor cabuncule sau abcese care necesită spitalizarea	10
<b>3. AMPUTARE</b>	
3.1. Degete de la mână sau picior, fiecare dintre ele	10
3.2. Mână, antebraț sau picior până la nivelul gleznei	20
3.3. Picior, braț sau coapsă	40
3.4. Coapsa până la nivelul articulației șoldului	70
<b>4. SÂNI</b>	
4.1. Amputarea unuia sau ambilor sâni, cu rezecție radicală până în axilă	70
4.2. Amputarea simplă a unuia sau a ambilor sâni	40
<b>5. TORACE</b>	
5.1. Toracoplastie completă (toracotomie)	100
5.2. Lobectomie sau pneumectomie	70

5.3. Toracectomie în scop de diagnostic sau pentru tratamentul organelor interne, cu excepția extragerii lichidului	30
5.4. Extragerea puroiului, cu excepția extragerii lichidului	10
5.5. Pneumotorax artificial	10
5.5. Bronhoscopie:	
• 5.5.1. pentru diagnostic	10
• 5.5.2. operativă, exclusiv biopsie	20
<b>6. URECHE</b>	
6.1. Intervenție chirurgicală asupra timpanului	5
6.2. Mastoidectomie radicală, unilateral	50
6.3. Mastoidectomie radicală, bilateral	60
6.4. Miringotomie, uni sau bilaterală	100
<b>7. ESOFAG</b>	
7.1. Intervenție chirurgicală pentru strictura esofagiană	40
7.2. Endoscopie	10
<b>8. OCHI</b>	
8.1. Dezlipire de retină – fuzionare multiplă	100
8.2. Cataractă	50
8.3. Glaucom	30
8.4. Enucleere	30
8.5. Excizia pterigionului	20
8.6. Incizia unui orjelet sau chalasion	5
<b>9. FRACTURI</b>	
9.1. Tratament:	
9.1.1. Clavicula, omoplat sau antebraț, un singur os	15
9.1.2. Tarsiene, metatarsiene sau calcaneu	10
9.1.3. Femur	40
9.1.4. Humerus	25
9.1.5. Degete de la mână sau picior, fiecare din acestea, sau o coastă	5
9.1.6. Antebraț- ambele oase, rotula , fara sa necesite tracțiune	20
9.1.7. Gambă - ambele oase	30
9.1.8. Mandibulă	20
9.1.9. Carpiene, metacarpiene, piramidă nazală, coaste - două sau mai multe, sau stern	10
9.1.10. Pelvis, fără să necesite tracțiune	30
9.1.11. Procese transversale vertebrale, fiecare dintre acestea	5
9.1.12. Vertebre, fractură prin compresie, una sau mai multe	40
9.1.13. Articulația pumnului	10
9.2. Fractură deschisă - cominutivă:	
Pentru o fractură ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, inclusiv transplant de os sau sutura oaselor, se dublează procentele de mai sus, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100	

**10. APARATUL URO - GENITAL**

10.1. Nefrectomie	70
10.2. Fixarea rinichiului	70
10.3. Intervenție chirurgicală de îndepărtare a tumorilor sau calculilor renali, ureterali sau vezicali:	
• 10.3.1. Prin intervenție chirurgicală	60
• 10.3.2. Prin cauterizare sau prin endoscopie	20
10.4. Intervenție chirurgicală pentru strictura uretrei sau deschiderea uretrei	30
10.5. Intervenție chirurgicală intra - uretrală	15
10.6. Prostata:	
• 10.6.1. Prostatectomie totală	70
• 10.6.2. Prostatectomie parțială endoscopică	25
• 10.6.3. alt tip de operație	50
10.7. Orhitectomie sau epididimectomie	25
10.8. Hidrocel sau varicoel	10
10.9. Intervenție chirurgicală pentru extirparea tumorilor fibroide fără abordare abdominală	20
10.10. Cezariană	20

**11. GUȘĂ TIROIDIANĂ**

11.1. Tiroidectomie, incluzând toate stadiile de procedură chirurgicală	70
---	----

**12. HERNIE**

12.1. Hernie unilaterală	20
12.2. Hernie bilaterală	50

**13. ARTICULAȚII ȘI LUXAȚII**

13.1. Incizie articulară pentru tratamentul unei boli sau tulburări funcționale, cu excepțiile menționate în continuare și cu excepția extragerii lichidului	15
13.2. Alte cazuri decât cele menționate mai sus, incizie la umăr, cot, șold sau articulația genunchiului, cu excepția extragerii lichidului	40
13.3. Excizia, fixarea prin operație, dezarticularea sau artroplastia la:	
• 13.3.1. umăr, șold sau coloana vertebrală	75
• 13.3.2 genunchi, cot, încheietura mâinii sau gleznă	30
13.4. Luxație la:	
• 13.4.1. degetele de la mână sau picior, fiecare dintre acestea	5
• 13.4.2. umăr sau cot, încheietura mâinii sau gleznă	15
• 13.4.3. mandibulă	5
• 13.4.3. șold sau genunchi, cu excepția rotulei	20
• 13.4.4. rotulă	5
13.5. Pentru o luxație ce necesită intervenție chirurgicală deschisă, procentajul se dublează, cu condiția ca indemnizația maximă să nu depășească 100	

**14. NAS**

14.1. Intervenție chirurgicală intranasală de sinus maxilar	15
14.2. Intervenție chirurgicală extranasală de sinus	35
14.3. Vegetații adenoide, extragerea unuia sau mai multora	5



14.4. Rezecție submucoasă	25
14.5. Turbinectomie	10
<b>15. PARACENTEZĂ</b>	
15.1. Extragere de lichid din:	
• 15.1.1. Abdomen	10
• 15.1.2. Torace sau vezică, exceptând cateterizarea	5
• 15.1.3. Timpan, hidrocel, articulații sau coloana vertebrală	5
<b>16. RECT</b>	
16.1. Rezecție radicală de tumori maligne, toate stadiile, inclusiv colostomie	100
16.2. Hemoroizi externi, excizie completă	10
16.3. Hemoroizi interni, sau interni și externi, inclusiv prolaps rectal, total pentru excizie sau tratament complet prin injectare	20
16.4. Fistulă anală	15
16.5. Fisură anală	5
16.6. Alte operații cu incizie în zona rectală	20
<b>17. CRANIU</b>	
17.1. Incizia calotei craniene, exceptând trepanarea și extragerea de lichid	100
17.2. Îndepărtare de fragmente osoase, trepanare sau decompresie	30
<b>18. GÂT</b>	
18.1. Amigdalectomie sau amigdalectomie și adenoidectomie:	
• 18.1. adulți și copii de 15 ani sau mai mult	10
• 18.2. copii sub 15 ani	15
18.2. Laringoscopie în scop de diagnostic	5
<b>19. TUMORI</b>	
19.1. Intervenție chirurgicală de extirparea de:	
• 19.1.2. tumori maligne, exceptându-le pe cele ale mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	50
• 19.1.2. tumori maligne ale mucoaselor, pielii și țesutului subcutanat	25
• 19.1.3. sinus sau chist pilonidal, prin incizie	25
• 19.1.4. tumori benigne ale testiculilor sau sânilor	20
• 19.1.5. ganglioni	5
• 19.1.6. tumori benigne, una sau mai multe, cu excepțiile menționate	10
<b>20. VENE</b>	
20.1 Intervenție chirurgicală completă pentru boala varicoasă - procedura completă sau tratament prin injectare:	
• 20.1.1 la un picior	20
• 20.1.2. la ambele picioare	30





# Despre Metropolitan Life, parte din MetLife, Inc.

Metropolitan Life este parte din MetLife, Inc. (NYSE: MET), care prin subsidiarele și afiliații săi ("MetLife"), este una dintre cele mai importante companii ce oferă servicii financiare – asigurări de viață, planuri de pensii, beneficii pentru angajați și servicii de administrare a activelor – pentru a sprijini clienți individuali și instituționali, într-o lume aflată într-o evoluție continuă. Înființată în anul 1868, MetLife are operațiuni deschise în peste 40 de țări și deține poziții de conducere în piețe din Statele Unite ale Americii, Japonia, America Latină, Asia, Europa și Orientul Mijlociu. Pentru mai multe informații, accesați [www.metlife.com](http://www.metlife.com).

În România Metropolitan Life are **peste 19 ani de activitate** pe piața de asigurări de viață. **2 milioane de clienți** beneficiază de asigurări de viață și pensii private obligatorii oferite de Metropolitan Life la nivel local.

## Despre Transfer Rapid

**leftin, Sigur, Aproape de Casă. O poveste de succes de care beneficiază românii de pretutindeni.**

Transfer Rapid creează produse pentru un sector financiar în plină dezvoltare, datorat migrării din ultimii ani a românilor spre alte țări ale Uniunii Europene. În 2005, Transfer Rapid a inițiat un parteneriat de succes cu CEC Bank, cea mai veche instituție financiar bancară din România cu cea mai extinsă rețea de agenții bancare și un brand în care românii pot avea încredere. Cei doi parteneri au lansat un serviciu de plăți eficient, multi-funcțional și convenabil pentru clienții români. Până în prezent, echipele de suport și platforma de tehnologie Transfer Rapid, împreună cu personalul înalt calificat din front-office CEC Bank, au procesat milioane de plăți pentru clienți, în deplina siguranță. Tehnologia de vârf și calitatea serviciului au generat o deosebită loialitate a clienților, demonstrată de nivelul ridicat de satisfacție și folosirea repetată a sistemului.

[www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro)

---

**Metropolitan Life Asigurări MetLife Europe d.a.c. Dublin Sucursala București**, Bd. Lascăr Catargiu, nr 47-53, etaj 4, sector 1, București, Nr. ORC J40/135/07.01.2016, CUI 35383464, Tel: +4.021.208.41.00/ Fax: +4.021.208.41.04, [client@metropolitanlife.ro](mailto:client@metropolitanlife.ro)

sucursală a **MetLife Europe Designated Activity Company**, societate Irlandeză constituită sub forma de „private company limited by shares”, înregistrată în Dublin, Str. Lower Hatch, nr. 20 on Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin sub numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062